

1. Einführung

Imaginationsverfahren finden ihren wissenschaftlichen Hintergrund für die Klärung ihres Wirkmechanismus in der Psychoneuroimmunologie. Diese findet auch im deutschen Sprachraum zunehmend Verbreitung. Zu verweisen wäre beispielsweise auf die Monographien von Klosterhalfen (1987) oder in jüngerer Zeit von Schedlowski (1994). Diese beschäftigen sich dabei entweder im Tierexperiment (Klosterhalfen, 1987) oder, wie bei Schedlowski (1994), in Humanstudien mit Einflüssen von Stress auf das Immunsystem.

Eine Vielzahl von Studien zum Zusammenhang von Erleben/Verhalten einerseits sowie dem Hormonsystem und dem Immunsystem andererseits (vgl. Kugler, Schedlowski & Schulz, 1995; Ader, Felten & Cohen, 1991) läßt kaum einen anderen Schluß zu als den, daß diese Systeme miteinander interagieren. Die Existenz dieser Wechselwirkungen ist als gesichert anzusehen, die Modelle dazu haben jedoch längst nicht den Stand erreicht, daß von gesicherten Theorien für den Einfluss psychischer Faktoren auf immunologische und neuroendokrinologische Parameter zu sprechen wäre. Dies gilt in besonderer Weise, wenn sich die Frage stellt, ob solche Einflüsse als klinisch relevant bei chronischen Krankheiten zu betrachten sind.

Diese Situation im Bereich der Theorien- und Modellbildung verbietet es jedoch nicht, bereits jetzt die Frage nach möglichen Effekten psychosozialer Interventionen auch auf Krankheitsparameter zu stellen. In der Literatur finden sich solche Interventionsstudien eher selten und nehmen auch in aktuellen Sammelarbeiten (Schedlowski & Tewes, 1996; Schulz, Kugler & Schedlowski, 1997) sowie Handbuchartikeln (Schulz & Schulz, 1996; Klosterhalfen, Stockhorst & Klosterhalfen, 1996) nur wenig Raum ein.

In entsprechenden Arbeiten, die auf rheumatische Erkrankungen bezogen sind (zB. Horton-Hausknecht & Mitzdorf, 1997; Yousufzai, 1989; Domangue et al., 1985), werden meist hypnotherapeutische Techniken, bei denen Imagination eine wesentliche Rolle spielt, hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht. Aus diesen Arbeiten ist insgesamt der Eindruck positiver Ergebnisse zu gewinnen. Sie sind jedoch in der Regel in ihren Aussagen nicht eindeutig bzw. mit deutlichen methodischen Mängeln, meist bezüglich des Fehlens einer Kontrollgruppe, behaftet. Letzteres trifft auf eine der jüngsten Arbeiten, nämlich die von Horton-Hausknecht und Mitzdorf (1997) nicht zu. Sie fanden deutliche Verbesserungen der mit Hypnose behandelten Patientengruppe auf Gelenkschmerz und Gelenkschwellung im Vergleich zu nur medikamentös bzw. mit einem zusätzlichen Entspannungsverfahren behandelten Patienten.

2. Darstellung des Verfahrens

Im folgenden soll der hier gewählte Ansatz des Visualisierungstrainings konkretisiert werden. Es handelt sich dabei um ein strukturiertes Gruppenprogramm, das für den Einsatz für Patienten mit chronischer Polyarthritits im Rahmen stationärer Behandlung konzipiert wurde. Dazu einige grundsätzliche Überlegungen.

Als Ordnungsmöglichkeit psychologischer Ansätze in der Rehabilitation bietet sich deren Unterscheidung in einerseits psychologische Trainingsverfahren, andererseits Psychotherapie an (Jungnitsch, 1992). Imaginationsverfahren sind dabei grundsätzlich den Trainingsverfahren zuzuordnen. Diese können folgendermaßen charakterisiert werden:

- ➔ Ausgangspunkt ist ein Modell zur Erklärung von zumindest Teilaspekten der Erkrankung und der daraus abzuleitenden Intervention.
- ➔ Die Stundengestaltung ist festgelegt.
- ➔ Es werden lehr- und lernbare Techniken vermittelt.
- ➔ Es überwiegt der Gruppenansatz.
- ➔ Die Zielvorgaben sind allgemein gehalten.
- ➔ Zur Teilnahme ist keine spezielle psychologische Indikation im Sinne des Vorliegens einer psychischen Erkrankung nötig.

Eine Zuordnung des Imaginationsverfahrens zu den Trainingsverfahren schließt dabei natürlich nicht aus, daß sie auch innerhalb einer individuellen Psychotherapie als ein spezifisches Therapieelement genutzt werden können. (Zu den Vor- und Nachteilen solcher standardisierter Programme vergl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, S. 304 ff.).

Unter dem Aspekt der angestrebten Ziele lassen sich Imaginationsverfahren weiter unterscheiden. Für unseren Zusammenhang ist dabei nur die Unterscheidung in *symptomorientierte* gegenüber *prozessorientierte* Vorgehensweisen von Bedeutung.

Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stellt eines der Leitsymptome der chronische Schmerz dar. Eine symptomorientierte Vorgehensweise besagt, dass sich in Bezug auf diesen Imaginationsverfahren zur Symptomreduktion einsetzen lassen. Konkret sind hierunter konzentrierte Entspannungsverfahren, die zur Intensivierung der Entspannung sowie Ablenkung von der körperlichen Befindlichkeit entweder vorgegebene oder vom Patienten frei wählbare Vorstellungen wie z.B. von einem Lieblingsort o.ä. verwenden. Ebenso sind hierunter direkt auf den Schmerz bezogene Vorstellungen mit der Transformation des Schmerzes in eine entsprechende bildliche Vorstellung und der vorgestellten Veränderung dieses Bildes zu fassen. Auf diese symptombezogenen Verfahren soll hier nicht weiter eingegangen werden, nähere Beschreibungen finden sich für rheumatische Erkrankungen beispielsweise bei Rehfisch (1989) oder Jungnitsch (1992). Anzumerken ist jedoch, daß diese Verfahren in der Regel als Einzelverfahren entweder nur marginale oder kurzfristig Effektivität zeigen (vgl. Kopp, 1998; Schmitz, 1989).

Der prozessorientierte Ansatz strebt über die Symptomreduktion hinaus im Sinne eines verhaltensmedizinischen Vorgehens als ein Ziel die Veränderung der für das Krankheitsgeschehen wesentlichen physiologischen Parameter an.

Wie kann nun ein solches Programm, das auch den Rahmenbedingungen einer stationären Heilbehandlung oder Rehabilitation Rechnung trägt, aussehen?

Konzipiert wurde hierzu ein insgesamt sechs Gruppenstunden umfassendes Training, vor dessen Beginn jeweils eine Einzelstunde für jeden Teilnehmer vorgeschaltet ist. Diese Stunde soll zu einer ersten Orientierung des jeweiligen Teilnehmers/Teilnehmerin dienen und Möglich-

keit bieten, den Gruppenleiter kennenzulernen sowie spezifische persönliche Bedürfnisse und Themen zu artikulieren. Schließlich dient es auch der Indikationsstellung, ob für den Einzelnen eine entsprechende Gruppe zum gegebenen Zeitpunkt geeignet ist oder diese erst zu einem späteren Zeitpunkt oder im Rahmen einer individuellen Therapie anzusetzen ist. So wären etwa eine aktuell frische Diagnose, eine die Krankheit verleugnende Grundeinstellung oder auch das Vorliegen von Indikationsgründen für eine Psychotherapie mögliche Bedingungen, von einer Gruppenteilnahme zum gegebenen Zeitpunkt abzusehen.

An dieses Einzelgespräch schließt sich das über zwei Wochen verteilte, sechs Gruppensitzungen á 60 - 90 Minuten umfassende Programm an. Die Themen der einzelnen Sitzungen sind folgende:

1. Stunde: Modell psychischer Faktoren im Krankheitsverlauf.
2. Stunde: Modell psychoimmunologischer Zusammenhänge
3. Stunde: Entspannung und erarbeiten von inneren Bildern
4. Stunde: Visualisierungsübung
5. Stunde: Visualisierungsübung; Ausarbeitung der Bilder
6. Stunde: Visualisierungsübung; Übertragungsmöglichkeiten in den Alltag

Die genauere inhaltliche Beschreibung der Stunden kann Jungnitsch (1997) entnommen werden.

3. Evaluation

Aus jüngster Zeit liegen zu dieser Konzeption vier Untersuchungen vor. Kopp (1998) sowie Pollok (1995) verglichen das Visualisierungstraining in Kontrollgruppendesigns mit anderweitigen Verfahren der Schmerzbewältigung. In der Studie von Viehhauser (1994) wurden verschiedene Konzeptionen des Visualisierungstrainings einander und einer Kontrollgruppe gegenübergestellt. Die Studie von Lerch (1998) bezieht sich auf eine Ausweitung des Programmes über einen längeren Zeitraum hinweg bei ambulant behandelten Patienten. Die Ergebnisse werden hier nur zusammengefaßt und in relevanten Ausschnitten wiedergegeben.

In die Studie von Kopp (1998) konnten die Daten von insgesamt 63 Personen aufgenommen werden. Von diesen hatten 21 an der oben beschriebenen Gruppe teilgenommen. Der zweite Ansatz, an dem 23 Personen teilnahmen, bestand aus einer Gruppe, die als Methode zur Schmerz- und Krankheitsbewältigung in Phantasiereisen unterwiesen wurde. Diese Gruppe entsprach in ihrer Struktur dem sechstündigen Schema der Visualisierungsgruppe. Als konkrete Techniken wurden ihr jedoch ausschließlich Entspannungsinstruktionen auf der Grundlage der Phantasiereisen (vgl. Jungnitsch, 1992) vermittelt. Die restlichen 19 Personen dienten als Kontrollgruppe, die das Therapieprogramm der Rheumaklinik ohne entsprechende psychologische Angebote durchliefen. Daten wurden vor der jeweiligen Intervention sowie nach deren Abschluß und zu einem Dreimonats-follow-up erhoben. Als wesentliche abhängige Variable wurden auf physiologischer Ebene die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG), das c - reaktive Protein (CRP), die a- 2 Globuline und die Funktionsbeeinträchtigung erhoben. Als psycholo-

Maße dienten Depressivität, Ängstlichkeit, soziale Aktivitäten sowie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen, Zukunftserwartungen und die Einstellung gegenüber der medikamentösen Behandlung. Hier soll nur das Ergebnis zur BSG hervorgehoben werden. Für diese Variable findet sich bei der varianzanalytischen Überprüfung zwischen prä- und follow-up-Messung ein signifikanter Haupteffekt bei knapp nicht signifikanter Interaktion. Bei differentieller Betrachtung der Gruppen sinkt nur die Visualisierungsgruppe in den BSG-Werten signifikant ab. Dieser Effekt ist fast ausschließlich auf diejenigen Personen der Gruppe zurückzuführen, die auch nach Abschluß der eigentlichen Intervention das Verfahren selbständig weiter durchführten.

Viehhauser (1994) verglich insgesamt 53 Personen bezüglich der Effektivität unterschiedlicher Vorgehensweisen beim Visualisierungstraining. Sechzehn Personen absolvierten das oben beschriebene Training, 19 nahmen an einem von Viehhauser (1994) entwickelten, aus obigem abgeleiteten aber stärker standardisierten Programm teil. Die restlichen 18 Personen dienten wiederum als Kontrollgruppe. Erfasst wurden verschiedene Aspekte des Schmerzes, krankheitsbezogene psychologische Daten, z.B. Krankheitsbewältigung und Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit, allgemeine psychologische Daten wie Befindlichkeit und Optimismus, therapieerfolgsbeeinflussende Indikatoren wie die Imaginationsfähigkeit sowie medizinische Daten, wie z.B. die Blutsenkungsgeschwindigkeit. Es zeigt sich in den hier hervorzuhebenden medizinischen Daten, daß sich trotz fehlender Signifikanz in den beiden Visualisierungsgruppen konsistent eine größere Verbesserung als in der Kontrollgruppe zeigt. Veränderungen zeigten sich gerade dann, wenn die Ausgangswerte der medizinischen Parameter hoch waren, d.h.; besonders bei den Personen, die die höchsten "Krankheitszeichen" zeigten.

In den übrigen erhobenen Variablen ist insgesamt festzustellen, daß sich zwar bei 21 der insgesamt 27 erhobenen Meßwerten eine konsistente Überlegenheit der beiden Therapiegruppen zeigt, diese jedoch in nur insgesamt fünf Fällen (Handlungsplanung; Ruhe/Entspannung; Befindlichkeit; Kompetenzerleben; Hoffnungslosigkeit) signifikant werden.

In der Untersuchung von Pollok (1995) wurde das oben beschriebene Visualisierungstraining in standardisierter Form im Einzeltraining angeboten und mit dem Schmerzbewältigungsverfahren der Aufmerksamkeitsumlenkung (vgl. Jungnitsch, 1992) in einem Kontrollgruppendesign mit prä-, post- und follow-up Messung verglichen. Die erhobenen abhängigen Variablen bezogen sich im Wesentlichen wiederum auf Schmerz, Krankheitsverarbeitung, allgemeine psychische Befindlichkeit und medizinische Variablen. An dieser Studie nahmen insgesamt 28 Personen teil, 14 bei den individuell angebotenen Visualisierungstrainings und 14 in den Gruppen zur Wahrnehmungsumlenkung. Als Ergebnisse lassen sich festhalten, daß sich hier der Visualisierungsansatz in zwei kognitiven Variablen der Schmerzbewältigung, nämlich der Handlungsplanung und der kognitiven Umstrukturierung zum follow-up Zweitpunkt hin signifikant wirksamer zeigt. Im Kompetenzerleben sowie in den Variablen konkreter Schmerzbewältigungsstrategien "Gegensteuernde Aktivitäten" sowie "Ruhe/Entspannung" resultiert eine tendenzielle Überlegenheit, insgesamt keine Unterschiede zeigen sich für die Variable "Mentale Ablenkung".

Auch in dieser Untersuchung ist bei zwar fehlender statistischer Signifikanz wiederum eine konsistente Überlegenheit der Visualisierungsgruppe, und zwar in insgesamt fünfzehn von 21 Skalen, über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg gegenüber dem singulären

Schmerztherapieverfahren zu konstatieren. Die positive Entwicklung hält bei der Visualisierungsgruppe überwiegend an, während bei dem Schmerzbewältigungsverfahren sich in insgesamt acht Skalen nach Interventionsende wieder von der bis dahin erfolgten Verbesserung eine Rückkehr zum Ausgangsniveau zeigt. In den medizinischen Daten zeigten sich hier keine bedeutsamen Veränderungen, wobei in dieser Studie diese Daten aufgrund von Erhebungsschwierigkeiten nur begrenzt verwertbar waren.

Lerch (1998) verglich 16 Personen, die sich in ambulanter rheumatologischer Behandlung am Krankenhaus Simbach/Inn befanden, mit 15 weiteren, ebenfalls dort und in einer rheumatologischen Praxis behandelten. Erstere nahm zusätzlich zu den üblichen medizinischen und sonstigen Maßnahmen an dem Visualisierungstraining teil, letztere dienten als psychologisch unbehandelte Kontrollgruppe. Die Visualisierungsgruppe wurde dabei dahingehend modifiziert abgehalten, als nach dem üblichen Angebot innerhalb von zwei Wochen noch in zweiwöchentlichem Abstand jeweils eine Wiederholungsstunde angeboten wurde, was über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg 12 Gruppenstunden ergab. Hier sollen ausschließlich die medizinischen Daten berichtet werden. So ergab sich in der BSG über den gesamten Meßzeitraum hinweg eine gegenüber der Kontrollgruppe signifikante Abnahme dieses Parameters, der im Gruppenmittel bis in den Normalbereich (20mm/1.Stunde) sich entwickelte. Ebenfalls signifikante Verbesserungen zeigten sich in den mit visuellen Analogskalen gemessenen Werten zur "allgemeinen Beeinträchtigung"; "Anzahl geschwollene Gelenke"; "Müdigkeit" sowie der "Anzahl schmerzender Körperregionen". Eine ebenfalls signifikante Reduktion ergab sich für das subjektive Schmerzempfinden.

4. Schlussfolgerungen

Insgesamt ist zur Vorgehensweise "Visualisierungstraining" festzuhalten, daß zwar konsistent positive Ergebnisse vorliegen, diese aber noch weiter überprüft und vor allem zufallskritisch abgesichert werden müssen. Dies ist sicher über eine Erweiterung der Stichproben, insbesondere aber über eine Optimierung der Bedingungen der Datenerhebung, besonders die medizinischen Daten betreffend, zu leisten. Bereits jetzt läßt sich das geschilderte Verfahren aber sicherlich ohne Übertreibung als eine erfolgsversprechende Erweiterung der Möglichkeiten, gerade die Kompetenz von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu erhöhen, einstufen. Hervorzuheben ist hierbei, dass sich in der Regel sich die Effekte nicht kurzfristig, sondern erst nach einem längeren Zeitraum der Anwendung einstellen. Der Ansatz, Auffrischungssitzungen in regelmäßigen Abständen anzubieten, könnte damit eine besondere Bedeutung erlangen, auch was das Hinzuziehen psychologischer Kompetenz in der ambulanten Behandlung von Patienten mit chronischer Polyarthritis anbelangt.

Für die Forschung im Anwendungsbereich wichtige bislang noch ungenügend bearbeitete Fragen betreffen Überlegungen zur Identifikation von Variablen, wie z.B. der Krankheitsdauer, die zum differentiellen Einsatz dieses Verfahrens innerhalb der genannten Krankheitsgruppe führen können. Hier könnte eine entsprechende Förderung z.B. von Seiten des VDR wertvolle Unterstützung leisten.

Literatur

- Ader, R; Felten, D.L. & Cohen, N. (1991) Psychoneuroimmunologie. San Diego: Academic Press
- Domangue, B.B; Margolis, C.G.; Lieberman, D. & Kaji, H. (1985) Biochemical correlates of hypnoanalgesia in arthritic pain patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46 (6), S. 235 - 238
- Horton-Hausknecht, J. & Mitzdorf, U. (1997) Klinische Hypnose in der Behandlung von rheumatoider Arthritis. *Hypnose und Kognition*, 14 (1+2), S.5-23
- Jungnitsch, G. (1992) Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Krankheiten. München: Quintessenz
- Jungnitsch, G. (1997). Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In F. Petermann (Hrsg.). *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin*. 2., erweiterte und korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Klosterhalfen, W. (1987) Experimenteller Streß und Adjuvans-Arthritis. Ein Beitrag zur Psychoimmunologie. Frankfurt/M: Athenäum.
- Kanfer, F.; Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996) Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer
- Klosterhalfen, S.; Stockhorst, U. & Klosterhalfen, W. (1996) Immunmodulation durch Pawlowsche Konditionierungsmethoden und klinische Anwendungsaspekte. In *Enzyklopädie der Psychologie Themenbereich D Praxisgebiete der. 2 Klinische Psychologie A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.) Klinische Psychologie Bd.1 Grundlagen der Klinischen Psychologie S 803 - 832*
- Kopp, E. (1998) Visualisation methods in the treatment of rheumatoid arthritis patients - psychological and somatic effects. 6th European Congress on Research in Rehabilitation, Berlin, 2nd June
- Kugler, J; Schedlowski, M; Schulz, K.-H. (Hrsg.) (1995) Psychoneuroimmunology Lengerich u.a.: Pabst
- Lerch, S. (1998) Visualisierung als therapeutische Intervention bei chronischer Polyarthritis. Evaluation eines psychologischen Behandlungsverfahrens. Universität Regensburg, Univ. Diplomarbeit
- Pollok, M. (1995) Effekte eines individualisierten Visualisierungstrainings . Eine Therapiestudie an Patienten mit chronischer Polyarthritis. Universität Regensburg, Univ. Diplomarbeit
- Rehfisch; H.-P; H.-D. Basler & H. Seemann (Hrsg.) (1989). Psychologische Schmerzbehandlung bei Rheuma. Berlin u.a.: Springer.
- Schedlowski, M. (1994) Streß, Hormone und zelluläre Immunfunktionen. Heidelberg u.a.: Spektrum
- Schedlowski, M. & U. Tewes (Hrsg.) (1996) Psychoneuroimmunologie. Heidelberg u.a.: Spektrum Akademischer Verlag
- Schulz, K.-H- & Schulz, H. (1996) Psychoneuroimmunologie. In *Enzyklopädie der Psychologie Themenbereich D Praxisgebiete Ser. 2 Klinische Psychologie A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.) Klinische Psychologie Bd.1 Grundlagen der Klinischen Psychologie S 719 - 802*
- Schulz, K.-H.; J. Kugler; M. Schedlowski (Hrsg.) (1997) Psychoneuroimmunologie. Bern u.a.: Huber
- Viehhauser, R. (1994). Immunspezifische Imaginationsverfahren für Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Universität Regensburg; Unveröffentlichte Diplomarbeit
- Yousufzai, N.M. (1989) Rheumatoid arthritis and hypnosis: Case report. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 6 (3), S. 178 - 181